



Cognome e nome del richiedente / assicurato:
CODICE EMŠO

Io sottoscritto,, ai sensi dell'art. 118 della Legge sulla regolamentazione del mercato del lavoro (Gazzetta Ufficiale della RS n. 80/2010, 40/12-ZUJF, 21/13, 63/13, 100/13 e 63/13-ZIUPTDSV), desidero presentare la presente

RICHIESTA

al fine di ricevere la parte restante di indennità non utilizzata, ovvero il pagamento dei contributi previdenziali e di invalidità

Dichiaro di aver ricevuto dall'Istituto di collocamento della Repubblica di Slovenia l'autorizzazione a percepire:

- l'indennità per il periodo di disoccupazione;
 il pagamento dei contributi previdenziali e d'invalidità,

che non ho usufruito per intero.

invece di accedere ad una nuova richiesta, desidero esercitare il diritto per la parte restante, perché la durata risulta più lunga rispetto al nuovo diritto, dunque chiedo che siano applicate le detrazioni fiscali

per i membri della famiglia: SI
(solo al pagamento della compensazione)

NO

DICHIARAZIONI DEL

- Dichiaro che, prima dell'insorgere della disoccupazione:
 non ho percepito e non percepisco alcun reddito da lavoro;
 ho percepito un reddito da lavoro e lo percepirò anche in futuro.
- Dichiaro di essere a conoscenza dell'obbligo secondo cui, ai sensi dell'articolo 67 della Legge che regola il mercato del lavoro, sono tenuto a informare tempestivamente l'Istituto di collocamento della Repubblica di Slovenia circa il lavoro svolto, il pagamento concordato ed i termini di pagamento per il lavoro svolto. Nel caso in cui l'assicurato non adempia a tale obbligo, ovvero di non inviare le informazioni richieste in maniera tempestiva, cioè entro e non oltre 8 giorni, lo stesso non avrà più diritto all'indennità ed sarà tenuto a rimborsare gli importi indebitamente riscossi fino a quel momento.
- Dichiaro di essere consapevole del fatto che, ai sensi degli articoli 66 e 139 della Legge sulla procedura amministrativa generale, il funzionario dell'Istituto di collocamento della Repubblica di Slovenia, che si occuperà della procedura, sarà autorizzato ad ottenere dalla documentazione ufficiale i dati necessari per accertare i fatti e gli elementi rilevanti per la decisione e tal proposito dichiaro di essere concorde con la procedura.
- Dichiaro di essere consapevole che, ai sensi del paragrafo 4, art.124 della Legge che regola il mercato del lavoro, sono tenuto a riferire all'Istituto tutti i fatti che riguardano l'acquisizione, la sospensione o la perdita dei diritti entro 8 giorni dal verificarsi di uno degli eventi sopra citati.
- Dichiaro di essere consapevole che è possibile annullare la decisione relativa al fatto che desidero, al posto del nuovo diritto, esercitare la parte di indennità rimanente e inutilizzata ,soltanto fino all'emanazione della decisione da parte dell'Autorità di primo grado.
- Dichiaro la veridicità di tutti i dati e la responsabilità penale a mio carico in caso contrario.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATE ALLA DOMANDA:

1. Contratto/-i di lavoro - da presentare a cura del richiedente
2. Documentazione o decisione sulla risoluzione del contratto di lavoro - da presentare a cura del richiedente

DATI RELATIVI AI MEMBRI DI FAMIGLIA DEL RICHIEDENTE

PER I QUALI, IN CONFORMITÀ AI SENSI DELLA LEGGE SUL REDDITO, IL RICHIEDENTE HA RICHIESTO IL RIMBORSO FISCALE:

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CODICE EMŠO	RAPPORTO DI PARENTELA

Rapporto di parentela-indicare il codice

appropriato: A – figlio

A.1 – figlio fino a 18 anni di età;

A.2 – figlio fino a 26 anni di età, studente di scuola media, superiore o istruzione universitaria;

A.3 – figlio di età superiore a 26 anni, studente fino a 26 anni di età, vale a dire al massimo per un periodo di sei anni a partire dalla data d'iscrizione agli studi superiori e al massimo per quattro anni dalla data d'iscrizione agli studi universitari;

A.4 – figlio di età superiore ai 18 anni, non studente, in grado di lavorare, se registrato presso l'Ufficio di collocamento;

A.5 – figlio che necessita di cure particolari e ha diritto ad un supplemento per la cura dei propri figli, in conformità con le disposizioni di Legge sulla tutela parentale e i redditi delle famiglie, o ha diritto ad un supplemento per l'assistenza ed il servizio, in conformità con le disposizioni di Legge in materia di previdenza e di invalidità;

B – figlio che risulta inabilitato al lavoro, in conformità con le disposizioni di Legge in materia di tutela sociale per le persone invalide mentalmente e fisicamente ;

C - coniuge o convivente extraconiugale non occupato e che non svolge alcuna attività lavorativa;

D – genitori naturali o adottivi dell'assicurato.

Domanda presentata in data _____ con gli allegati: _____

La domanda va compilata entro _____ giorni con gli allegati: _____

Firma del richiedente: _____

Domanda compilata in data _____ con gli allegati: _____

Data:

Nome, cognome e firma del funzionario dello ZRSZ:

La forma maschile viene utilizzata esclusivamente a fini di chiarezza e trasparenza.

Il sottoscritto (nome e cognome) _____,
EMŠO _____, ai fini del calcolo del contributo sanitario obbligatorio per il datore di lavoro/**contribuente dell'ISTITUTO DELLA REPUBBLICA DI SLOVENIA PER L'OCCUPAZIONE (di seguito Istituto)** in conformità con le disposizioni dell'articolo 48 della Legge sull'assistenza sanitaria e l'assicurazione sanitaria (Gazzetta Ufficiale della Repubblica di Slovenia, n. 72/06 – testo ufficiale consolidato, con modifiche)¹ dichiara quanto segue.

DICHIARAZIONE

Ai fini del corretto calcolo del contributo sanitario obbligatorio, dichiaro che l'**Istituto è per il primo o l'ultimo mese** in cui riceverò il sussidio di disoccupazione e contemporaneamente percepirò redditi da altro datore di lavoro/contribuente

- il **principale datore di lavoro/contribuente** che versa la maggior parte del reddito e calcola e detrae il contributo sanitario obbligatorio dal sussidio versato per ogni mese
- altro datore di lavoro/contribuente** che versa per ogni mese una parte minore del reddito e non ha l'obbligo di calcolare il contributo sanitario obbligatorio.

Inoltre, dichiaro che

- Ho diritto all'esenzione dal pagamento del contributo sanitario obbligatorio** in quanto invalido di guerra, veterano di guerra o vittima di violenza di guerra, pertanto l'Istituto in veste di principale datore di lavoro/contribuente **NON HA** alcun obbligo di calcolare il contributo sanitario obbligatorio.
- Non ho il diritto all'esenzione dal pagamento del contributo sanitario obbligatorio**, che quindi viene calcolato dall'Agenzia in veste di principale datore di lavoro/contribuente.

Mi impegno a comunicare immediatamente qualsiasi modifica che incida sull'obbligo di calcolo del contributo sanitario obbligatorio.

Data: _____ Firma: _____

¹ Dal 31 dicembre 2023 è stata abolita l'assicurazione complementare volontaria ed è stato introdotto il contributo sanitario obbligatorio. Ai sensi dell'articolo 48 della Legge sull'assistenza sanitaria e sull'assicurazione sanitaria (Gazzetta ufficiale della RS, n. 72/06, con modifiche), il contributo sanitario obbligatorio viene detratto dal reddito per un importo di 35 euro. Se il richiedente del sussidio di disoccupazione riceve ad es. reddito da un datore di lavoro/contribuente e, nello stesso mese, il sussidio di disoccupazione per alcuni giorni, deve decidere chi dei due deve detrarre il contributo sanitario obbligatorio per il mese in questione.

Se nella dichiarazione sottostante si indica l'Istituto come "contribuente principale/datore di lavoro" significa che anche nei mesi in cui ci sono due contribuenti, l'Istituto detrarrà dal sussidio di disoccupazione il contributo sanitario obbligatorio, ovvero l'importo di 35 euro. Durante questi mesi, l'altro contribuente/datore di lavoro non sarà il contribuente principale e non dovrà detrarre il contributo sanitario obbligatorio.